Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/6180

19. 11. 96

Antwort
der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Horst Schmidbauer (Nürnberg), Klaus Kirschner, Lilo Blunck, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD — Drucksache 13/5867 —

Schmerztherapeutische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Millionen von Menschen leiden in der Bundesrepublik Deutschland unter chronischen Schmerzen. Bei mindestens 600 000 Menschen hat sich der chronische Schmerz zu einer „Schmerzkrankheit" verselbständigt. Ein hoher Anteil von Suiziden wird der Verzweiflung über Schmerzen zugerechnet.

Der Schmerz ist bei vielen Patienten Ursache und Wirkung einer Leidensspirale, die zu einer erheblichen Einschränkung ihrer Lebensqualität führt. Neue Konzepte über den Schmerz betonen, daß körperliche, psychische und soziale Faktoren in der Verselbständigung des Schmerzes und seiner Chronifizierung zusammenwirken. Das alltägliche Leben dieser Menschen wird von dem Umgehen mit dem Schmerz beherrscht. Viele Patienten durchlaufen über Jahre hinweg die Institutionen des medizinischen Versorgungssystems, versuchen eine Vielzahl von Therapien und sind auf Dauer in der Rolle des Patienten gebunden. Bis diese Patienten an eine in der Schmerzbehandlung ausgewiesene Einrichtung gelangen, ist das Schmerzleiden oft schon chronifiziert.

Die Versorgung chronisch Schmerzkranker in der Bundesrepublik Deutschland wird den international anerkannten Standards nicht gerecht. Ohne Übertreibung ist hier von einer Unter- und Fehlversorgung zu sprechen. Für diese Lage sind viele Faktoren verantwortlich. In ihnen spiegeln sich neben speziellen Problemen der Versorgung Schmerzkranker auch allgemeine Strukturschwächen des deutschen Gesundheitssystems. Zu nennen ist hier an erster Stelle die mangelnde Verzahnung sowie seine fast ausschließlich kurative Orientierung. Eine grundlegende Reform tut not.

Der Reformbedarf im Bereich der schmerztherapeutischen Behandlung ist unübersehbar. Die Mitte der 80er Jahre veröffentlichte und im Auftrag des damaligen Ministeriums für Forschung und Technologie erstellte „Schmerzexpertise" hat nicht nur zahlreiche Defizite aufgezeigt, sondern auch Reformvorschläge entwickelt. Es ist an der Zeit, Bilanz zu ziehen und einer Reform Anstöße zu geben.

1. Wie viele Menschen leiden nach Kenntnis der Bundesregierung in der Bundesrepublik Deutschland an chronischen Sclmerzen?

   Auf welche Diagnosegruppen verteilen sich die Leiden der chronisch Schmerzkranken?

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 14. November 1996 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Der Bundesregierung liegen keine umfassenden Erkenntnisse über die Häufigkeit der chronisch Schmerzkranken und deren Verteilung auf die Diagnosegruppen vor, da diese entscheidend von der Definition des Begriffs „chronisch schmerzkrank" abhängt.

2. Welche Informationen besitzt die Bundesregierung über die Dimension der Schmerzbelastung der Bevölkerung, d. h. vor allem
   - zur schmerzbedingten Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Einrichtungen,
   - zur schmerzbedingten Arbeitsunfähigkeit,
   - zur schmerzbedingten Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit und Frühverrentung?

Die vorliegenden statistischen Daten über die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen in ambulanten oder stationären Einrichtungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie über die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen und von Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit aus der gesetzlichen Rentenversicherung sind nicht nach Symptomen, sondern nach Erkrankungen aufgeschlüsselt. Schmerzempfindung ist individuell verschieden und nicht objektivierbar.

Da es sich beim Schmerz um ein Symptom und nicht um eine eigenständige Erkrankung handelt, liegen der Bundesregierung Daten darüber, in welchem Umfang Versicherte der GKV in ambulanten und stationären Einrichtungen wegen chronischer Schmerzen behandelt werden bzw. Versicherte der gesetzlichen Rentenversicherung Rehabilitationsleistungen bzw. Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit schmerzbedingt in Anspruch nehmen, nicht vor. Es können daher lediglich Daten über die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund von Krankheiten genannt werden, bei denen Schmerz typischerweise eine große Rolle spielt.

Dies ist bei Tumoren der Fall. Diese Krankheiten bedingten im Jahre 1994 rd. 11 Prozent (rd. 8 Prozent bei den Männern und rd. 16 Prozent bei den Frauen) aller medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rentenversicherung. Ebenfalls 11 Prozent der Rentenneuzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahre 1994 (10 Prozent bei den Männern und rd. 13 Prozent bei den Frauen) gehen auf Tumorerkrankungen zurück.

Für die Rentenversicherung von besonderer Bedeutung sind die chronischen Erkrankungen mit entzündlichem und degenerativem Charakter. Besonders die Krankheiten von Skelett, Muskeln und Bindegewebe bedingen fast die Hälfte aller medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (1994: 46 Prozent bei den Männern und rd. 45 Prozent bei den Frauen). Fast ein Drittel aller Rentenneuzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit im Jahre 1994 war auf die zuvor genannten Erkrankungen zurückzuführen. (28 Prozent bei den Männern und 30 Prozent bei den Frauen); Funktionseinschränkungen ergeben sich bei diesen

chronischen Erkrankungen aber nicht immer durch Schmerzen, sondern sie können auch Ausdruck von schmerzlosen, aber deformierenden Umbauprozessen (Degeneration) sein.

3. Welche Bedeutung kommt nach Auffassung der Bundesregierung den verschiedenen Formen der Schmerzprävention zu?

   Welchen Stellenwert mißt die Bundesregierung der Prävention im Vorfeld der Schmerzkrankheit zur Vermeidung von Chronifizierung und zur erfolgreichen Rehabilitation bei?

Die Internationale Klassifikation der Krankheiten kennt den Begriff „Schmerzkrankheit" nicht. Schmerzprävention ist immer in Verbindung mit der Grundkrankheit zu sehen, da Schmerz nur als Symptom einer Krankheit auftritt. Die Bundesregierung mißt der Prävention von Krankheiten einen hohen Stellenwert bei. Wie in § 1 SGB V festgelegt, hat der Versicherte durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung und durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen dazu beizutragen, den Eintritt von Krankheit zu vermeiden.

Die Krankenkassen können aufgrund der Neufassung des § 20 Abs. 3 SGB V durch das Beitragsentlastungsgesetz auch in Zukunft Selbsthilfegruppen und Zentralstellen, die sich die Prävention oder Rehabilitation von Versicherten zum Ziel gesetzt haben, durch Zuschüsse fördern. Die Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beschließen einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei denen die Finanzierung von Maßnahmen zur Prävention oder Rehabilitation bzw. eine Förderung der Selbsthilfe durch Zuschüsse der Krankenkassen zulässig ist.

Die Krankenkassen werden zusätzlich durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz die Option erhalten, im Rahmen von versicherten-finanzierten Leistungen Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten im Sinne der Primärprävention anzubieten. Zu den häufigsten zur Anwendung kommenden „schmerzpräventiven" Maßnahmen zählen Rückenschulen, Trainingsmethoden zur Entspannung sowie Aufklärung und Beratung über Schmerzen verursachende Faktoren (z. B. medikamenteninduzierte Kopfschmerzen).

Nach § 25 SGB V hat der Versicherte darüber hinaus alle zwei Jahre einen Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung, die u. a. auch eine Untersuchung des Bewegungsapparates enthält und damit der Früherkennung (Sekundärprävention) von Funktionsstörungen des Bewegungsapparates dient.

Darüber hinaus erhalten Versicherte im Rahmen der Leistungen nach § 23 bzw. § 40 SGB V Leistungen zur Prävention und Rehabilitation, die sich u. a. auch speziell auf die Erkrankungen erstrecken können, die mit Schmerzen bzw. Chronifizierung von Schmerzzuständen einhergehen.

Rehabilitation umfaßt alle Maßnahmen medizinischer, schulisch-pädagogischer, beruflicher und sozialer Art, die erforderlich sind, um für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen die

bestmöglichen körperlichen, seelischen oder sozialen Bedingungen zu schaffen. Dies soll sie dazu befähigen, aus eigener Kraft einen möglichst normalen Platz in der Gesellschaft zu behalten oder wieder zu erlangen. Eine bestmögliche Behandlung des Schmerzes ist damit eine zentrale Aufgabe einer erfolgreichen Rehabilitationsmaßnahme.

Neben der Behandlung der Grundkrankheit gehören hierzu insbesondere die Förderung der Selbstheilung und der Krankheitsbewältigung durch gesundheitsfördernde Maßnahmen und die Einbeziehung z. B. von Psychologen in das Rehabilitationsteam.

Bei der vorgesehenen Förderung im Rahmen der Modellmaßnahme des Bundesministeriums für Gesundheit zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von chronisch schmerzkranken Patienten sollen wesentliche Punkte insbesondere der Sekundärprävention, aber auch der Tertiärprävention (insbesondere auch an der Schnittstelle zum Rehabilitations-Bereich) bearbeitet werden. Besondere Bedeutung kommt in allen Phasen der besseren Information der Patienten über Schmerzursachen sowie deren Prophylaxe bzw. Bewältigung zu.

4. Wie beurteilt die Bundesregierung den Stellenwert der Schmerztherapie bei der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zu den OECD-Staaten und welchen Rang nimmt die Bundesrepublik Deutschland ein?

Dem Bundesministerium für Gesundheit sind eventuelle Aktionsprogramme, Strategien oder Maßnahmen im Bereich der Schmerztherapie in OECD-Staaten nicht bekannt. Es ist daher nicht möglich, Stellenwert oder Rang der Schmerztherapie bei der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zu den OECD-Staaten zu beurteilen.

5. Wie hoch schätzt die Bundesregierung den volkswirtschaftlichen Schaden, der durch die Schmerzkrankheit verursacht wird vor dem Hintergrund, daß Fachleute allein die durch das Symptombild „Chronischer Rückenschmerz" in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten durch Arbeitsausfall auf 20 Mrd. DM beziffern?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Angaben vor.

6. Wie viele schmerztherapeutische Einrichtungen, also Schmerzpraxen, Schmerzambulanzen, Schmerzabteilungen und Schmerzkrankenhäuser gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in der Bundesrepublik Deutschland, und wie und auf welcher Grundlage beurteilt die Bundesregierung deren Qualität?

Das seit 1985 von der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes herausgegebene Schmerztherapeutenverzeichnis umfaßte 1992 insgesamt 210 schmerztherapeutische Einrichtungen, davon 60 Praxen ausschließlich oder überwiegend für Schmerztherapie, 87 Schmerzambulanzen an Kliniken, 16 Schmerzambu-

lanzen bzw. Klinikabteilungen mit eigenen Schmerzbetten, 9 Schmerzzentren oder Krankenhäuser mit überwiegend Schmerzbetten und 38 Psychologen mit Schwerpunkt psychologischer Schmerztherapie. Derzeit umfaßt das Schmerztherapeutenverzeichnis etwa 270 Einrichtungen. Da die Aufnahme in das Verzeichnis an definierte Qualifikationskriterien gebunden ist, dürfte die Gesamtzahl schmerztherapeutischer Einrichtungen höher sein.

Die Qualitätsbeurteilung einzelner schmerztherapeutischer Einrichtungen gehört nicht zu den Aufgaben der Bundesregierung. Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung liegt grundsätzlich bei den Leistungserbringern. Die Umsetzung von Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität unterstützt das Bundesministerium für Gesundheit mit seinen Modellprogrammen. Durch die Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit konnten seit 1991 in 18 Krankenhäusern „Palliativeinheiten" eingerichtet werden, in denen schwerkranke und sterbende Krebspatienten durch speziell geschultes Personal betreut werden. Im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung einer Palliativeinheit steht die konsequente, interdisziplinäre Schmerzbekämpfung und die Linderung sonstiger Beschwerden mit dem Ziel, den Patienten auch in der Endphase ihres Leidens eine möglichst hohe Lebensqualität zu bewahren. Weitere Palliativeinheiten wurden durch die Länder bzw. die Deutsche Krebshilfe geschaffen.

7. Welche Bedeutung hat nach Auffassung der Bundesregierung die Schmerztherapie für die im Aufbau befindliche Hospizversorgung, und in welchem Umfang wird sie im Rahmen der Hospizarbeit im ambulanten und stationären Bereich praktiziert?

Der durch die Hospizeinrichtungen versorgte Personenkreis ist gekennzeichnet durch

— das Bestehen einer fortschreitenden, lebensbedrohenden Erkrankung, die durch die Möglichkeit der Krankenhausbehandlung nicht aufgehalten oder nur geringfügig verlangsamt werden kann (Tumorpatienten, AIDS),
— eine bis auf wenige Monate begrenzte Lebenserwartung,
— eine medizinisch indizierte Behandlungsbedürftigkeit, z. B. Schmerzbehandlung, sowie gegebenenfalls auch erst im weiteren Verlauf der Erkrankung einen Hilfebedarf bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens.

Ziel der Schmerztherapie ist hierbei, in dieser Lebensphase des Patienten einen Zustand herzustellen, in dem der Patient schmerzfrei ist und zugleich wach und kommunikationsfähig bleibt. Schmerzen sind gerade bei Menschen mit Krebs und AIDS die vordringlichsten Probleme in der letzten Lebensphase. Die Hospizbewegung reagiert dabei auf die körperlichen (medizinischen und pflegerischen) Bedürfnisse der betroffenen Menschen ebenso wie auf ihre sozialen, psychischen und religiösen Belange.

Im Rahmen der ambulanten Hospizversorgung erfolgt die Schmerztherapie, soweit dies möglich ist, durch niedergelassene

Ärzte. In den stationären Hospizen erfolgt die weitere Behandlung über den zuletzt behandelnden Hausarzt. In der Schmerztherapie werden besonders erfahrene Ärzte im notwendigen Umfang hinzugezogen. Die Betreuung der Hospizpatienten durch schmerztherapeutisch erfahrenes und examiniertes Pflegepersonal ermöglicht auch ohne ständige ärztliche Präsenz eine intensive Versorgung.

Die Schmerztherapie ist daher für die ambulante und die stationäre Hospizversorgung von zentraler Bedeutung.

8. Wie beurteilt die Bundesregierung die schmerztherapeutische Infrastruktur vor und nach der Wiedervereinigung in den alten und in den neuen Bundesländern in bezug auf interdisziplinäre schmerztherapeutische Einrichtungen, und welchen Handlungsbedarf leitet sie daraus ab?

   Wird die Bundesregierung die Chance nutzen, die noch vorhandenen interdisziplinären schmerztherapeutischen Einrichtungen als Modellprogramme zu fördern?

Nach Angabe der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes erfolgte die schmerztherapeutische Versorgung in den neuen Ländern über Polikliniken und Ambulatorien. Spezielle interdisziplinäre schmerztherapeutische Einrichtungen gab es (außer der Charité) bis dahin nicht. Erst seit 1987 wurden an Krankenhäusern Schmerzambulanzen eingerichtet.

Insgesamt muß davon ausgegangen werden, daß in der DDR keine flächendeckende und wohnortnahe schmerztherapeutische Versorgung stattfand und außerdem im Vergleich zu den westlichen Ländern ein Entwicklungsrückstand von ca. zehn Jahren bestand. 1992 gab es insgesamt 18 schmerztherapeutische Einrichtungen (Schmerzambulanzen, Schmerzpraxen) in den neuen Ländern. Die Zahl hat sich in den letzten Jahren weiter erhöht. Im Rahmen des „Modellprogramms zur besseren Versorgung von Krebskranken" hat die Bundesregierung das Modellvorhaben „Einrichtung von Palliativeinheiten an Krankenhäusern" auch an drei Standorten in den neuen Ländern gefördert.

Außerdem wird in den vorgesehenen Modellverbund zur Schmerzbekämpfung, der drei Modellprojekte umfassen wird, aus den neuen Ländern das Klinikum Greifswald einbezogen (siehe Antwort zu Frage 9).

9. Welchen Stand hat das vom Bundesministerium für Gesundheit ausgeschriebene Modellprogramm zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von chronisch schmerzkranken Patienten?

   Unterstützt die Bundesregierung den Expertenvorschlag, ein regionales Experiment zur Qualitätsverbesserung, insbesondere auch um neue Wege der multidisziplinären und kooperativen Patientenbetreuung zu erproben?

   Wenn ja, wie?

   Wenn nein, warum nicht?

Zum Aufbau eines Modellverbundes zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von chronisch schmerzkranken Patienten

stellt das Bundesministerium für Gesundheit 1996 bis 1999 für drei regionale Vorhaben, angesiedelt in den Regionen Erlangen, Göttingen, Greifswald und Köln, eine Fördersumme von ca. 3,8 Mio. DM zur Verfügung.

Dabei werden in allen Regionen Tumorschmerzen berücksichtigt, zusätzlich werden in Erlangen Rücken- und Kopfschmerzen und in Köln Kopfschmerzen in das Konzept aufgenommen. Ausgehend von den Zielen der Fördermaßnahmen werden in allen Modellregionen folgende Aufgaben mit unterschiedlichen Schwerpunkten erfüllt:

- Analyse des Ist-Zustandes der regionalen Versorgungssituation auf der Basis einer standardisierten Dokumentation,
- Implementierung der Maßnahmen auf der Basis regionaler Konzepte, z. B.
  - Einrichtung interdisziplinärer Schmerzkonferenzen,
  - Intensivierung der Weiter- und Fortbildung (Etablierung diagnostischer und therapeutischer Leitlinien, die multidisziplinäre Behandlungsansätze berücksichtigen),
  - Einrichtung qualitätssichernder Routinen zur Umsetzung des verfügbaren Handlungswissens für eine adäquate und effektive Schmerzbehandlung (u. a. durch Qualitätszirkel),
  - Aufbau von Konsultationsstrukturen, insbesondere an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung,
  - Angebot von patientenorientierten Informationsangeboten,
- Wirksamkeitskontrolle und Bewertung der Effekte (Dokumentation).

Es ist vorgesehen, die regionalen Vorhaben durch Etablierung einer gemeinsamen Basisdokumentation und durch begleitende Workshops zu vernetzen. Durch dieses Vorgehen wird eine Bewertung der in den Modellverbünden erzielten Effekte im Prä/Post-Vergleich möglich und damit auch Aussagen, ob die aufgebauten Strukturen und ergriffenen Strategien zu einer Verbesserung der Versorgung geführt haben.

10. Welche Schritte unternimmt die Bundesregierung, um die von Expertenseite konstatierte Unterversorgung chronisch Schmerzkranker zu beheben?

    Wann und wie wird nach Einschätzung der Bundesregierung die von sachverständiger Seite geforderte Zahl von 1 000 Schmerzeinrichtungen verwirklicht werden?

Die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung ist Aufgabe der Selbstverwaltungspartner und der Länder. Die Bundesregierung kann in Modellvorhaben lediglich Wege aufzeigen, wie bestehende Defizite zu beheben wären.

11. Stimmt die Bundesregierung der Auffassung zu, daß eine erfolgreiche Schmerztherapie nur durch einen multidisziplinären Ansatz in einem speziell ausgebildeten interdisziplinären Team (mehrere Ärzte unterschiedlicher Disziplinen, Pflegende, Psychologen, Krankengymnasten, Sozialarbeiter, Seelsorger) zu gewährleisten ist?

    Wenn ja, welcher institutioneller Grundlagen bedarf es zur Verwirklichung des multidisziplinären Ansatzes zur Behandlung chronischer Schmerzpatienten?

In den Konzepten der in der Antwort zu Frage 9 beschriebenen Modellvorhaben wurden u. a. auch die Rahmenbedingungen für deren Umsetzung zur Verbesserung der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten berücksichtigt.

12. Welche Strukturen müssen nach Auffassung der Bundesregierung hierfür geschaffen werden, und welcher Handlungsbedarf ergibt sich daraus für die Bundesregierung?

Ob sich nach Abschluß der Förderung der in Frage 9 beschriebenen Modellvorhaben Handlungsbedarf für die Bundesregierung ergibt, ist derzeit noch nicht absehbar.

13. Durch welche Maßnahmen unterstützt die Bundesregierung die Entwicklung und Erprobung von Kooperationsformen in der schmerztherapeutischen Versorgung bereits heute, und welche Maßnahmen beabsichtigt sie in Zukunft?

Neben dem in Frage 9 bereits dargestellten Modellverbund zur besseren Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten hat das Bundesministerium für Gesundheit in der Vergangenheit bereits als Modellprojekt eine Tagesklinik für Schmerzpatienten in Münster gefördert. Im Vordergrund stand dabei die Erprobung einer interdiziplinären Funktionseinheit für Schmerzdiagnostik und -therapie. Außerdem wurde die Evaluation eines vom Sozialministerium Baden-Württemberg geförderten Modellvorhabens zur häuslichen Betreuung schwerkranker Tumorpatienten durch die Bundesregierung finanziert und damit belegt, daß insbesondere der Einsatz von sogenannten Brückenschwestern dazu beitragen konnte, die häusliche Versorgung von schwerkranken, unter Schmerzen leidenden Krebspatienten zu erreichen, die sonst einer stationären Behandlung bedurft hätten.

Zur Zeit wird als Verbundvorhaben in Hamburg und Brandenburg ein Modell für die Verbesserung der Qualität der ambulanten supportiven Versorgung von Krebspatienten unter besonderer Berücksichtigung der Schmerzbehandlung durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

14. Stimmt die Bundesregierung der Auffassung zu, daß die Schmerztherapie überwiegend wohnortnah und ambulant durchzuführen ist?

    Durch welche Schritte beabsichtigt die Bundesregierung die Informationsmängel bei Ärzten und Patienten über die Existenz und das Leistungsspektrum von schmerztherapeutischen Einrichtungen im Rahmen der wohnortnahen Versorgung zu verbessern?

Will sie dazu den Aufbau eines flächendeckenden Netzes von schmerztherapeutischen Einrichtungen (Schmerzpraxen, Palliativstationen etc.) unterstützen?

Die Bundesregierung teilt die Auffassung, daß die Schmerztherapie überwiegend wohnortnah und ambulant durchzuführen ist. Aus diesem Grund begrüßt die Bundesregierung die „Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten" zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Verband der Angestelltenkrankenkassen e. V. (VdAK) und dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (AEV).

15. Sind der Bundesregierung Erfahrungen über die häusliche Versorgung schmerzkranker Patienten in Bayern („Bayerischer Weg") bekannt?

Wenn ja, wie beurteilt sie diese und, welche Folgerungen zieht sie daraus?

Der sogenannte Bayerische Weg hat bei der Diskussion über häusliche Versorgung von Pflegebedürftigen eine Rolle gespielt. Die Bundesregierung vertritt in diesem Zusammenhang nach wie vor die Auffassung, daß eine rechtswidrige Leistungserbringung, die die Voraussetzungen des § 37 SGB V für die Erbringung von Behandlungspflege nicht beachtet, nicht zu tolerieren ist.

Erfahrungen über die häusliche Versorgung schmerzkranker Patienten in Bayern im Rahmen des sogenannten Bayerischen Weges liegen der Bundesregierung nicht vor.

16. Welche Erfahrungen sind der Bundesregierung hinsichtlich der Umsetzung der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Ersatzkrankenkassen zur ambulanten Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten bekannt?

Wie beurteilt die Bundesregierung den Sachverhalt, daß in dieser Vereinbarung die ermächtigten Ärzte in Schmerzambulanzen ausgeschlossen sind, und welcher gesetzgeberische Handlungsbedarf ergibt sich daraus für die Bundesregierung?

Erfahrungswerte im Zusammenhang mit der Umsetzung der Vereinbarung liegen der Bundesregierung noch nicht vor.

Es ist zutreffend, daß zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigte Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen von der Erbringung schmerztherapeutischer Leistungen im Rahmen der Vereinbarung ausgeschlossen sind. Allerdings sieht eine überarbeitete Fassung der Vereinbarung, die nach Aussage der beteiligten Vertragsparteien kurz vor ihrem Inkrafttreten steht, vor, daß den zur Erbringung schmerztherapeutischer Leistungen ermächtigten Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen die Teilnahme an der Vereinbarung einzuräumen ist, sofern die Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach Maßgabe der Vereinbarung durch die niedergelassenen Ärzte nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Dies entspricht dem geltenden Recht, wonach Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen bei entsprechendem Bedarf befristet zur Teil-

nahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden können. Die Bundesregierung sieht daher derzeit keinen Handlungsbedarf.

17. Welche Schritte unternimmt die Bundesregierung, um die medikamentöse Schmerztherapie zu erleichtern?

    In welchem Rahmen will sie die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) liberalisieren und Unsicherheiten und Ängste seitens der Ärzte und Laien abbauen?

Die Erfahrungen mit der BtMVV werden seitens der Ärzteschaft unterschiedlich bewertet. So fordert die Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e. V. eine weitgehende Liberalisierung der Verschreibungsvorschriften für Betäubungsmittel, „so daß Opioid-Analgetika vom Arzt wie jedes andere Medikament verschrieben werden können." Demgegenüber wurde auf einem Symposium der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft vom Januar 1995 festgestellt, daß inzwischen die diesbezüglichen gesetzlichen Bestimmungen so einfach geworden sind, daß sie kein Arzt mehr als glaubwürdige Entschuldigung für die Nichtanwendung von Opioiden vorbringen kann.

In der Tat ist die BtMVV in den letzten zehn Jahren fünfmal den veränderten Erfordernissen in Medizin und Pharmazie angepaßt worden. Das Bundesministerium für Gesundheit beabsichtigt darüber hinaus weitere Änderungen der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften, die das Verschreiben von Betäubungsmitteln noch praktikabler machen. Im Ergebnis werden im Vergleich zur „normalen" Arzneimittelverschreibung lediglich folgende Besonderheiten beim Verschreiben von Betäubungsmitteln zu beachten sein:

— Benutzung eines Betäubungsmittelrezeptes,
— Beachtung der Verschreibungshöchstmengen,
— Angabe der Gebrauchsanweisung in jedem Fall sowie
— Kennzeichnung des Betäubungsmittelrezeptes bei Überschreitung der Verschreibungshöchstmengen, beim Verschreiben eines Substitutionsmittels und bei der künftig vorgesehenen Notfallverschreibung.

Dieses Mindestmaß an besonderen Verschreibungsvorschriften ist für die Sicherheit und Kontrolle des Betäubungsmittelverkehrs unverzichtbar, um dem Zweck des Betäubungsmittelgesetzes, „den Mißbrauch von Betäubungsmitteln . . . so weit wie möglich auszuschließen", gerecht werden zu können.

Das Bundesministerium für Gesundheit teilt im übrigen die Auffassung der Schlußfolgerungen einer Expertise von Infratest zu „Hemmfaktoren bei der Durchführung einer wirksamen Schmerztherapie", daß eine Verbesserung der schmerztherapeutischen Versorgung . . . mit einer Liberalisierung der gesetzlichen Bestimmungen (zum Verschreiben von Betäubungsmitteln) alleine nicht zu erreichen sein wird. Darüber hinaus hält es das Bundesministerium für Gesundheit in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Expertise für erforderlich, daß durch die ärzt-

liche Selbstverwaltung „eine abgestufte Konzeption der Fort- und Weiterbildung sowie der interdisziplinären Kommunikation" für die weitere Qualifizierung der Schmerztherapie entwickelt bzw. weiter ausgestaltet wird.

18. Welche Erfahrungen mit der seit dem 1. Februar 1993 geltenden Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) sind der Bundesregierung vor allem seitens der Fachgesellschaften bekanntgeworden?

Siehe Antwort zu Frage 17.

19. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß für die ärztliche Praxis Anwendungsregeln im Umgang mit Schmerzpatienten fehlen, weil verbindliche Standards zur Schmerzbehandlung nicht vorhanden und der Wissensstand vieler Praktiker unzureichend ist?

Eine Umfrage des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahre 1994 bei Fachgesellschaften und Standesorganisationen zeigte, daß es in der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten Defizite gibt. Die Bundesregierung hält es deshalb für nötig, im Rahmen der schmerztherapeutischen Versorgung neben einer quantitativen Ausweitung des Versorgungsangebotes die qualitative Versorgung zu verbessern. Auf Empfehlung einer 1994 vom Bundesministerium für Gesundheit eingerichteten Arbeitsgruppe „Schmerztherapie" des Ärztlichen Sachverständigenbeirates für die Gesundheitsversorgung und die Krankenversicherung wurde die oben genannte Expertise über die „Hemmfaktoren bei der Durchführung einer wirksamen Schmerztherapie nach WHO-Stufenschema" vergeben.

Die Ergebnisse bestätigen, daß bei einem Teil der befragten niedergelassenen Allgemeinärzte/Praktiker Vorbehalte, Unsicherheiten und Informationsdefizite hinsichtlich der Verordnung von BtMVV-pflichtigen Analgetika bestehen.

Die Arbeitsgruppe „Schmerztherapie" erarbeitete außerdem Empfehlungen für Leitlinien, die sich auf die Behandlung der drei häufigsten Schmerzphänomene (Kopfschmerz, Rückenschmerz, Tumorschmerz) beziehen und auf internationale Standards (Richtlinien zur Tumorschmerztherapie der WHO, Therapieempfehlungen der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMGK) und Therapierichtlinien der International Headache Society (IHS) sowie Handlungsleitlinien der American Agency for Health Care Policy and Research für die Behandlung von Rückenschmerzen) stützen. Diese praxisnahen Therapieempfehlungen wurden mit der Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) abgestimmt und werden demnächst durch die Arzneimittelkommission als Arzneimittelrichtlinien publiziert und als Beilage zum Deutschen Ärzteblatt zugestellt. Eine überprüfte Umsetzung dieser Therapieempfehlungen wird im Rahmen

der Modellmaßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten erfolgen.

20. Mit welchen Maßnahmen wird die Bundesregierung die vom Deutschen Ärztetag im Juni 1996 beschlossene Schaffung einer Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie" fördern?

    Wie wird sie die Aufnahme dieser Zusatzbezeichnung in die Musterweiterbildungsordnung unterstützen?

    Wird sie insbesondere die Fachgesellschaften bei der Erstellung von gemeinsamen Qualifikationsvoraussetzungen (Theoriebereiche, -stundenzahl, -kataloge usw.) unterstützen?

    Wenn nein, warum nicht?

Die Zuständigkeit für Fragen der Weiterbildung liegt nach der Kompetenzverteilung des Grundgesetzes bei den Ländern. Die Schaffung einer Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie" und deren Aufnahme in die Musterweiterbildungsordnung ist Sache der Landesärztekammern und der Bundesärztekammer. Die Schaffung einer solchen Zusatzbezeichnung wird allein durch die Aufnahme in die jeweilige Weiterbildungsordnung der Länder erreicht. Darauf hat der Bund keinen Einfluß. Inwieweit die Fachgesellschaften bei der Erstellung gemeinsamer Qualifikationsvoraussetzungen Hilfestellung benötigen, läßt sich nicht abschätzen. Gegebenenfalls können sich die Fachgesellschaften an die für die Weiterbildungsfragen zuständigen Länder oder Landesärztekammern wenden.

21. Mit welchen Maßnahmen wird die Bundesregierung dazu beitragen, daß bereits bestehende Curricula bei der Zusatzausbildung zum Schmerztherapeuten (z. B. bei der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes oder der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin) gefördert und von den Ärztekammern anerkannt werden?

Für die Förderung und Anerkennung von Curricula in Weiterbildungsfragen, hier bei der Zusatzausbildung zum Schmerztherapeuten, sind ebenfalls die Länder bzw. Landesärztekammern zuständig. Die Inhalte einer Weiterbildung legen die Landesärztekammern verbindlich fest.

22. Wie beurteilt die Bundesregierung die schmerztherapeutische Ausbildung der Medizinstudenten nicht nur bezüglich der Berücksichtigung des Stoffgebiets, beispielsweise in Form einer Pflichtvorlesung „Schmerztherapie", sondern auch in Hinblick auf eine generelle Reform des Medizinstudiums?

    Welche Maßnahmen wird die Bundesregierung ergreifen, damit die Universitäten durchgängig ein interdisziplinäres Lehrangebot bereitstellen?

Als Prüfungsstoff für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ist die „Therapie chronischer Schmerzen" verpflichtend vorgegeben. Die Schmerztherapie ist als fächerübergreifende Thematik auch im Rahmen von weiteren Ausbildungsfächern relevant und damit auch prüfbar. Die Vorschläge von Bund und Ländern zur Reform des Medizinstudiums sehen vor, daß fächerübergreifendes

Lehren und Lernen gefördert wird. Die „Schmerztherapie" kann deshalb als besonders geeigneter Leistungsnachweis entsprechend II 2. der Anlage 2 zum Reformvorschlag der Approbationsordnung für Ärzte angesehen werden. Darüber hinaus kann die „Schmerztherapie" auch zusätzlich vertiefend als Angebot im Wahlpflichtbereich angeboten werden.

Der Reformentwurf sieht vor, daß der Unterricht soweit möglich und zweckmäßig fächerübergreifend und problemorientiert durch Lehrkräfte mehrerer Fachrichtungen – also interdisziplinär – erfolgen soll. Im Rahmen der Freiheit der Lehre liegt es aber letztlich in der Kompetenz der Länder und Hochschulen, welches konkrete Lehrangebot sie an der jeweiligen Universität machen.

23. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß Defizite bei der Thematisierung des Schmerzes während der Ausbildung von Ärzten, Schwestern und Pflegern mitursächlich für die Unterversorgung chronisch Schmerzkranker ist, und wenn ja, welchen Handlungsbedarf leitet die Bundesregierung hieraus hinsichtlich einer notwendigen Änderung der Ausbildung für diese Gesundheitsberufe ab?

Was die Ausbildung von Krankenschwestern, Krankenpflegern, Kinderkrankenschwestern und Kinderkrankenpflegern betrifft, ist die Thematisierung von Schmerz in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für diese Berufe unter die Fächer „Arzneimittellehre", „Allgemeine und spezielle Krankheitslehre einschließlich Vorsorge, Diagnostik, Therapie und Epidemiologie" sowie „Krankenpflege" bzw. „Kinderkrankenpflege" zu subsumieren. Defizite in der Ausbildung sind daher nicht bekannt. Die Bundesregierung plant allerdings, das Erfordernis einer Befassung mit dem Thema „Schmerz" für den Fall der Änderung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen noch deutlicher zu machen.

Der Bundesregierung sind Defizite bei der Thematisierung des Schmerzes während der Ausbildung von Ärzten nicht bekannt. Sie hat mit den Vorschlägen von Bund und Ländern zur Reform des Medizinstudiums aber einen Schwerpunkt auf die fächerübergreifende Lehre (auch durch Lehrkräfte mehrerer Fachrichtungen) gesetzt und Pflicht-Leistungsnachweise in fächerübergreifenden Bereichen vorgesehen, so daß künftig die „Schmerztherapie" interdisziplinär vermittelt werden kann. Darüber hinaus ist zusätzlich eine vertiefte Befassung mit der „Schmerztherapie" als Wahlpflichtbereich möglich.

24. Wie beurteilt die Bundesregierung den Stand der Qualitätssicherung in der Algesiologie?

Sind für die Bundesregierung Qualitätszirkel das geeignete Mittel, um die systematische und routinemäßige Qualitätssicherung schmerztherapeutischer Behandlung sicherzustellen?

Welche Schritte erachtet die Bundesregierung zur Sicherung der Qualität (unter besonderer Berücksichtigung der Struktur- und Prozeßqualität) in der Algesiologie als erforderlich bzw. welche Maßnahmen wird sie in diesem Zusammenhang einleiten?

Die Bundesregierung geht davon aus, daß die Verbreitung der Therapieempfehlungen bei den Vertragsärzten den Standard der Schmerzbehandlung im ambulanten Bereich verbessern wird.

Es ist zu erwarten, daß die Therapieempfehlungen eine große Resonanz in der Ärzteschaft finden, da auf die Praxis des niedergelassenen Arztes zugeschnittene Therapieempfehlungen zum Thema Schmerz bisher fehlen (siehe auch Antwortbeitrag zu Frage 19). Qualitätszirkel stellen neben anderen Maßnahmen der Qualitätssicherung ein Mittel dar, die Qualität der medizinischen Behandlung auf Grundlage des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu sichern und zu verbessern. Insbesondere bei den schmerztherapeutischen Behandlungen können Qualitätszirkel ein geeignetes Mittel sein, die Behandlungsqualität (Prozeßqualität) an den individuellen Bedürfnissen der Patienten orientiert zu verbessern.

Mit den bundesgesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung ist der Rahmen vorgegeben, innerhalb dessen die Selbstverwaltungspartner – je nach Vereinbarung auf Bundes- oder Landesebene sind das die Krankenhausgesellschaften, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen – möglichst flächendeckend Qualitätsicherungsverfahren durchzuführen haben.

Einen unmittelbaren Einfluß der Bundesregierung auf die Gestaltung der Maßnahmen gibt es nicht.

In Zusammenhang mit Qualitätssicherung gewinnt die Methode des umfassenden Qualitätsmanagements auch im Gesundheitswesen eine zunehmende Bedeutung.

Sie hat die kontinuierliche Qualitätsverbesserung zum Ziel und ist geeignet, auch die Qualität in der Algesiologie zu verbessern. Die Bundesregierung unterstützt und fördert diesen Prozeß durch ein Demonstrationsobjekt zum Qualitätsmanagement in der Arztpraxis und die Vergabe eines Auftrages zur Erarbeitung eines Leitfadens zum Qualitätsmanagement im Krankenhaus.

25. Wie beurteilt die Bundesregierung vor dem Hintergrund der wissenschaftlich-praktischen Diskussion die gemeinsamen Definitionen und algesiologischen Standards der verschiedenen Fachgesellschaften, und welche Konsequenzen ergeben sich hieraus für die Bundesregierung?

Die Bundesregierung begrüßt, daß die in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zusammengeschlossenen medizinischen Fachgesellschaften an medizinischen Leitlinien arbeiten bzw. diese bereits fertiggestellt haben. Die inhaltliche Ausgestaltung solcher Leitlinien oder Empfehlungen für die Prävention, Diagnostik und Therapie von Erkrankungen ist nicht Aufgabe des Bundesministeriums für Gesundheit. Sie ist vielmehr Aufgabe der wissenschaftlichen Diskussion und Konsensbildung in der Fachöffentlichkeit.

26. Unterstützt die Bundesregierung Initiativen zur Vereinheitlichung der Nomenklatur von Schmerzsyndromen, zur Erstellung von Diagnoseschemata und standardisierten Anamnesen?

 Wenn ja, auf welche Weise?

 Wenn nein, warum nicht?

Siehe Antworten zu den Fragen 9 und 19.

27. Unterstützt die Bunderegierung die Empfehlung, standardisierte Methoden zur Dokumentation und Wirksamkeitskontrolle von Schmerzdiagnostik und -therapie einzuführen?

 Wenn ja, welchen Beitrag wird die Bundesregierung hierbei leisten?

 Wenn nein, warum nicht?

In den oben angeführten Modellvorhaben werden Aussagen zum notwendigen Umfang der Qualitätssicherung der Schmerztherapie erwartet (siehe Antworten zu den Fragen 9 und 19).

28. In welchem Ausmaß werden nach Kenntnis der Bundesregierung standardisierte Instrumente insbesondere zur Therapiekontrolle (d. h. zur Ergebniskontrolle) in schmerztherapeutischen Einrichtungen routinemäßig eingesetzt, und welchen gesetzgeberischen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung in diesem Bereich?

Der Bundesregierung liegen keine Angaben über das Ausmaß des routinemäßigen Einsatzes standardisierter Instrumente zur Therapiekontrolle in schmerztherapeutischen Einrichtungen vor.

Die Verpflichtung zur Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen unter Einbeziehung der Ergebnisqualität ist durch die bestehenden gesetzlichen Vorschriften geregelt. Es ist Aufgabe der Selbstverwaltungspartner, diesen Gesetzesrahmen auszufüllen.

29. Worin sieht die Bundesregierung den im internationalen Vergleich geringen Umfang der klinischen Schmerzforschung in der Bundesrepublik Deutschland begründet?

 Durch welche Programme wird die Bundesregierung die zukünftige Forschung auf dem Gebiet des chronischen Schmerzes fördern?

Aus Sicht der Bundesregierung ist die klinische Schmerzforschung im internationalen Vergleich nicht länger defizitär. Dies ist auf eine Reihe von Förderangeboten seitens des Bundes und der Länder zurückzuführen, insbesondere auf den im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms ausgeschriebenen Förderschwerpunkt „Chronischer Schmerz". Für die Forschungsförderung auf dem Gebiet des chronischen Schmerzes stehen jederzeit die Förderinstrumente der Deutschen Forschungsgemeinschaft, insbesondere das Normalverfahren, Schwerpunktprogramme und Sonderforschungsbereiche, zur Verfügung.

30. Mit welchen Mitteln und Maßnahmen wird die Bundesregierung neben der experimentellen Grundlagenforschung in Zukunft verstärkt auch die klinische Schmerzforschung und systematische Therapiekontrolle in klinischen Einrichtungen fördern?

Siehe Antwort zu Frage 29.

31. Welche Schritte unternimmt die Bundesregierung, um die Grundlagenforschung zum Schmerz in der Bundesrepublik Deutschland in quantitativer und qualitativer Hinsicht auf das Niveau etwa Großbritanniens und Frankreichs zu heben und die Kooperationsstrukturen innerhalb der Grundlagenforschung wie auch die Verbundforschung mit klinischen Forschergruppen zu intensivieren?

Siehe Antwort zu Frage 29.

32. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß in Deutschland eine systematische Schmerzforschung nicht existiert?

Wenn ja, welchen Beitrag wird die Bundesregierung zur Überwindung dieses Defizites leisten?

Wird sich die Bundesregierung insbesondere für die Schaffung von Lehrstühlen für Algesiologie einsetzen?

Die Bundesregierung teilt diese Auffassung nicht. Im Rahmen des Programmes „Gesundheitsforschung 2000" fördert sie mit erheblichen Summen Forschungsarbeiten zur Schmerzproblematik in den Schwerpunkten „Krankheitsübergreifende Schwerpunkte" und „Erfahrungsheilkunde". Das Spektrum der untersuchten chronisch/akuten Schmerzzustände, über die geforscht wird, ist breit angelegt und darf für sich die Bezeichnung „systematische Schmerzforschung" in Anspruch nehmen.

Die Schaffung und Einrichtung von Lehrstühlen sowie deren personelle und sachliche Ausstattung ist Sache der Länder und der Hochschulen. Darauf hat der Bund keinen Einfluß.

33. Wie ist der Stand der epidemiologischen Schmerzforschung in der Bundesrepublik Deutschland?

Wie will die Bundesregierung der Schmerzepidemiologie neue Anstöße geben und sie auf tragfähige, kontinuierliche Grundlagen stellen?

Welche Rolle spielt sie für die zu entwickelnde bundesweite Gesundheitsberichterstattung?

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Gesundheitsberichterstattung" werden insbesondere im Kapitel „Beschwerden" auch Themen zur Schmerzepidemiologie berücksichtigt. Dies gilt auch für Fragen im Zusammenhang mit dem soziodemographischen Profil, der Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen und der Selbstmedikation von Schmerzpatienten.

Die Bundesregierung beabsichtigt, das Forschungsprojekt „Gesundheitsberichterstattung" ab 1998 in eine dauerhafte Finanzierung zu überführen.

34. Durch welche Schritte beabsichtigt die Bundesregierung, das noch nicht ausreichende (sozial)epidemiologische Wissen zur Schmerzprävalenz, zum sozialdemographischen Profil der Schmerzpatienten, zur Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen und zum Ausmaß der Selbstmedikation zu fördern?

Siehe Antwort zu Frage 33.

35. In welcher Weise unterstützt die Bundesregierung sozialwissenschaftliche Untersuchungen zum alltäglichen Bewältigungshandeln, zur sozialen Unterstützung und zum Zusammenhang von Streß und Schmerz?

Zu Forschungsarbeiten zu diesen Fragen stehen die allgemeinen Förderangebote, insbesondere der Deutschen Forschungsgemeinschaft, zur Verfügung. Die Bundesregierung hat hier keinerlei Einflußmöglichkeiten auf die Antragstellung.

36. Welche Formen des Wissenstransfers sind besonders geeignet, zwischen wissenschaftlicher Schmerzforschung einerseits und (insbesondere der hausärztlichen) Praxis andererseits zu vermitteln?

Welche Schritte unternimmt die Bundesregierung, um die Kluft zwischen beiden Bereichen zu verringern?

Siehe Antworten zu den Fragen 9 und 19.

37. Wie beabsichtigt die Bundesregierung das Problemfeld Schmerz in der universitären und nach-universitären Ausbildung von Psychologen entsprechend seiner Bedeutung für die Schmerztherapie im Curriculum zu verankern?

Zur Zeit ist der Beruf des Psychotherapeuten bundeseinheitlich noch nicht geregelt. Sobald dies der Fall sein wird, ist die Bundesregierung ermächtigt, die Mindestanforderungen an die Ausbildung in einer Verordnung zu regeln. Bei der Festlegung dieser Mindestanforderungen wird auch die Kompetenz der Psychotherapeuten zur schmerztherapeutischen Versorgung der Patienten zu berücksichtigen sein.

38. Wie und wann beabsichtigt die Bundesregierung die Tätigkeit nichtärztlicher Psychotherapeuten mit schmerztherapeutischer Qualifikation im Bereich der schmerztherapeutischen Versorgung zu verbessern?

Siehe Antwort zu Frage 37.

39. Mit welchen Maßnahmen wird die Bundesregierung dazu beitragen, daß die postuniversitäre Ausbildung klinischer Psychologen im Bereich der Schmerztherapie nach einem qualifizierten Curriculum an multidisziplinären, schmerztherapeutisch spezialisierten Institutionen verankert wird?

Siehe Antwort zu Frage 37.

40. Ist die Bundesregierung der Meinung, daß schmerztherapeutische Leistungen niedergelassener Ärzte ausreichend honoriert werden?

    Sind die Bewertungsmaßstäbe für die Honorierung der zeitintensiven Erstuntersuchung von Schmerzpatienten ausreichend?

Die Beschreibung und Bewertung der vertragsärztlichen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist eine eigenverantwortlich von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen wahrzunehmende Aufgabe.

Der Gesetzgeber hat diese Aufgabe dem Bewertungsausschuß zugewiesen, der von den Vertragspartnern, d. h. von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen, gemeinsam gebildet und paritätisch besetzt wird (§ 87 Abs. 1 SGB V).

41. Welche Bedeutung kommt im schmerztherapeutischen Kontext der Selbsthilfe der Betroffenen vor dem Hintergrund der jüngsten Entscheidungen des Gesetzgebers (Streichung des früheren § 20 SGB V) zu?

    Glaubt die Bundesregierung, daß die Selbsthilfeförderung ausreichend ist?

    Durch welche Maßnahmen unterstützt die Bundesregierung die Selbsthilfe von Schmerzkranken?

    Auf welche praktischen Erfahrungen und auf welche Forschungen im Bereich der Selbsthilfeförderung kann die Bundesregierung zurückgreifen?

    Durch welche politischen und rechtlichen Schritte (etwa einer Änderung des § 20 SGB V) plant die Bundesregierung, das Selbsthilfepotential bei Schmerzpatienten infrastrukturell zu stärken?

Am 28. Juni 1996 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz – BeitrEntlG) beschlossen. Dieses Gesetz ist ein wichtiger Schritt zur Begrenzung des Pflichtleistungskatalogs der Krankenkassen auf medizinisch notwendige Maßnahmen.

Den Krankenkassen wird auch in Zukunft die Möglichkeit gegeben, Selbsthilfegruppen nach Selbsthilfekontrollen aus Beitragsmitteln zu fördern. Allerdings werden die Voraussetzungen dafür präzisiert. Eine gesundheitsfördernde Zielsetzung reicht künftig nicht mehr aus, sondern es muß sich um eine präventive Zielsetzung handeln. Damit wird gewährleistet, daß die Förderung der Selbsthilfegruppen sich stärker als bisher an medizinischen Kriterien zu orientieren hat. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein Verzeichnis der Krank-

heitsbilder zu beschließen, bei deren Prävention und Rehabilitation eine Förderung von Selbsthilfegruppen erfolgen kann.

Im Regierungsentwurf eines 2. Neuordnungsgesetzes ist zusätzlich vorgesehen, daß die Krankenkassen durch Satzungsregelungen die Leistungen des geltenden Rechts für ihre Versicherten erweitern können, wenn die Beiträge dafür allein von den Versicherten getragen werden. Auf diese Weise können Leistungen, die aufgrund der bisherigen Fassung des § 20 SGB V rechtmäßig erbracht worden sind, weiterhin angeboten werden. Für eine erneute Änderung des § 20 SGB V sieht die Bundesregierung daher keinen Anlaß.

Im übrigen ist es in erster Linie Aufgabe der Selbsthilfestellen, eine Beratungsfunktion für die gesamte Bevölkerung wahrzunehmen. Deshalb ist dies vorrangig eine gesundheitspolitische Aufgabe, die insbesondere durch die öffentliche Hand abzusichern ist. Gemeinde, Städte, Kreise und Länder haben entsprechende Finanzmittel bereitzustellen.

Eine originäre Kompetenz des Bundes im Bereich der Selbsthilfe ist aufgrund der verfassungsrechtlichen Vorgaben nicht gegeben; der Bund kann nicht anstelle der insoweit zuständigen Länder, Kreise und Gemeinden treten. Nur mit Hilfe von Modellprojekten von bundesweiter Bedeutung und bei Verbänden mit bundesweiter Aufgabenstellung und Übertragbarkeit der gewonnenen Erkenntnisse kann der Bund das Ziel der bundesweiten Ausbreitung des Selbsthilfegedankens und seine Umsetzung in die soziale Wirklichkeit weiter verfolgen. Hierbei steht die Schaffung einer für alle Bundesländer geeigneten Infrastruktur im Vordergrund.

42. Durch welche Maßnahmen im Bereich – auch der populärwissenschaftlich ausgerichteten – Öffentlichkeitsarbeit informiert die Bundesregierung über die Ergebnisse der Schmerzforschung, insbesondere auch über Fortschritte der Schmerztherapie?

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung stellt Multiplikatoren und der Bevölkerung auf Anfrage die beiden Sonderdrucke „Der chronische Schmerz" (aus: Prävention – Zeitung für Gesundheitsförderung 2/91) und „Chronische Schmerzen" (Sonderdruck 3/91) zur Verfügung. Außerdem wird auf Anfrage über entsprechende Selbsthilfegruppen informiert.

Druck: Thenée Druck, 53113 Bonn, Telefon 91781-0
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333